

問 診

氏 名 (才)	身長	
電話番号 ()	体 重	
	体 温	

- (1) 今どのような症状ですか。
熱 咳 痰 のど 鼻水 頭痛 胸痛
胸の圧迫感 呼吸苦 息ぎれ どうき
不整脈 しびれ めまい 疲れ 不眠
だるさ むくみ やせ 肥満 口渇
頻尿 排尿痛 残尿感 腹痛 吐き気
その他 ()
◎いつからか ()
- (2) 現在治療中の病気がありますか、薬をもらっていますか。
- (3) 今迄かかった大きな病気がありますか。
- (4) 薬や注射で気分が悪くなったり発疹が出たりした事がありますか。
ある・具体的に () ない
- (5) 煙草 1日何本 () 時々のみ のまない
- (6) 酒 毎日飲む量 () 時々のみ のまない
- (7) 血縁者に下記のような病気の方がいらっしゃいますか
高血圧 脳卒中 心臓病 糖尿病 結核 癌
- ※女性のみ 最終生理 月 日

東逗子医院